

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL PARA LOS SERVICIOS Y PAGOS

- Me han informado, entiendo, y doy mi permiso voluntario para recibir los servicios ofrecidos por NEICAC Health Services Family Planning.
- Entiendo que estos servicios son suministrados bajo Iowa Department of Public Health (Ministerio de Salud Pública).
- Yo por la presente doy permiso a NEICAC Health Services Family Planning para efectuar exámenes rutinarios los cuales pueden incluir análisis de orina, de sangre, Papanicolaou, un examen para las enfermedades transmitidas sexualmente, la presión sanguínea, los senos, y un examen pélvico para la planificación familiar/cuidado anticonceptivo.
- Entiendo que NEICAC Health Services Family Planning tiene acceso a los registros que mantiene. Entiendo que Iowa Department of Public Health o cualquier representante fiscal asociado con los servicios que suministra el programa de NEICAC Health Services Family Planning tiene acceso a la información que contiene mi expediente. Mi firma da autorización a NEICAC Health Services Family Planning para revelar mi expediente a estas agencias fiscales cuando sea necesario.
- Entiendo que el único método 100% efectivo para prevenir el embarazo es la abstinencia. He recibido información acerca del uso, la eficacia, los riesgos conocidos y los efectos secundarios de los métodos disponibles. Esta información pudo haber sido suministrada en forma de folletos, hojas informativas o videos. Entiendo que el método que elija no es 100% efectivo. Yo libero a NEICAC Health Services Family Planning de alguna responsabilidad por la falla del método. Entiendo que debo comunicarme a este consultorio si tengo una pregunta, inquietud o un efecto secundario (síntomas) de mi método anticonceptivo/servicios de planificación familiar.
- Entiendo que si sale un resultado anormal en el Papanicolaou, recibiré una carta indicando el seguimiento recomendado.
- Entiendo que un resultado positivo de una ETS será reportado al Iowa Department of Public Health.
- Entiendo que recibiré un examen completo, inclusive análisis de laboratorio y anticonceptivos por un año. Si se necesitan análisis adicionales u otro seguimiento, yo tendré que sufragar los gastos. Yo libero a NEICAC Health Services Family Planning de alguna responsabilidad relacionada al cuidado de seguimiento que yo elija de mi propio médico.
- Entiendo que toda la información que he proporcionado es confidencial y que mis padres/tutor serán notificados solamente en caso de emergencia o si existe una condición grave.
- Entiendo que tengo la responsabilidad económica de pagarle a NEICAC Health Services Family Planning todo servicio recibido, incluso cualquier saldo no cubierto por mi portador de seguro. Por la presente cedo todos mis derechos de recibir alguna y toda ganancia, que por lo contrario se me pagaría, por las coberturas proporcionadas por mi portador de seguro médico a NEICAC Health Services Family Planning, y dirijo que el pago de beneficios sea hecho directamente a NEICAC Health Services Family Planning Program..
- Entiendo que soy responsable de informarle a NEICAC Health Services Family Planning de todos los programas de seguro para los cuales califico.
- Autorizo la revelación de información que contiene mi expediente médico o extractos del mismo con el propósito de usarla para la administración de una auditoría y/o con el propósito de verificar los servicios y obtener el pago de la cuenta a cualquier compañía de seguro o tercero responsable de los pagos. Entiendo que al ejecutar esta autorización renuncio a mi derecho de la confidencialidad con respecto al material revelado conforme a esta autorización.
- Entiendo que cualquier **descuento aplica ÚNICAMENTE a los servicios relacionados a la planificación familiar o métodos anticonceptivos**. Entiendo que mi portador de seguro puede pagar conforme a lo que ellos consideren “normal y de costumbre” y que el programa de NEICAC Health Services Family Planning no tiene que aceptar esto como pago total. Estoy de acuerdo a pagar cualquier cargo que no cubra mi seguro, Título XIX, o la escala de precios de la planificación familiar.

Los reglamentos de Iowa State Social Services ordenan que todos los beneficios de Medicaid sean detenidos hasta que se investigue otro seguro. Los clientes son responsables legalmente de proveer información respecto a cualquier posibilidad de cobertura por otra compañía. El cumplimiento de estas normas evitará la posibilidad de un litigio después.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS DECLARACIONES ANTERIORMENTE MENCIONADAS. Esta autorización permanecerá en efecto por 1 año de la fecha de firma a menos que sea revocada por mí por escrito, y no podrá ser revocada por los servicios dados antes de mi aviso de revocación. Una fotocopia de este permiso será considerada tan válida como la original.

Firma

Fecha

Staff Witness

Date